

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0022944

124908

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8943 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ABAOUSS X LOURÉDDINE
 Date de naissance : 05/01/62
 Adresse : Bloc R n°16 DEROUA BERRECHID
 Tél. : 0668444740 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22, 07, 2022
 Nom et prénom du malade : ABAOUSS LINDS Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection de MUPRAS
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROUA Le : 01/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHÉRENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/07/22		CS 300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.07.22	304,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	G																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Laila DAOUI

Dermatologue

- Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca
- Diplômée en Dermatologie esthétique et chirurgicale de l'Université de Versailles - Paris
- Ancienne Interne au CHU de Besançon - France

Casablanca, Le : 20/1/2012

Maladies de la peau,
Ongles et Cheveux

Chirurgie
Dermatologique

Dermatologie
pédiatrique

Dermatologie
Esthétique

- Botox
- Comblement
- Mésothérapie
- PRP
- Peeling

Lasers
Dermatologiques

- Epilation laser
- Cicatrices
- Varices, couperose
- Détatouage

Maladies sexuellement
transmissibles

Patient : Abou & Lines

152,20 X2

①

Curacne 10mg



Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 10mg cap molle
b30
P.P.V : 152,20 DH
5 113001 180714

1 ep y mott 2 m...

PHARMACIE OULHAKEM
Dr. OULHAKEM HAJAR
Bloc P. N° 5 Bt Deroua
Tél : 05.22.03.43.72

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 10mg cap molle
b30
P.P.V : 152,20 DH
5 113001 180714

②

Skining gel m...

pour se lever

③

Kerofungal Rep...

sauf

④

PHARMACIE OULHAKEM
Dr. OULHAKEM HAJAR
Bloc P. N° 5 Bt Deroua
Tél : 05.22.03.43.72

Tb 30440

Dr. Laila DAOUI
Dermatologue
100, Bd Mly Driss ler, Résidence TANAIM, Egt. 1 Appt 1
Quartier des Hôpitaux - Casa
Tél: 05 22 86 26 66 - GSM : 06 79 64 82 32 - E-mail : lailadaoui@hotmail.fr

100, شارع مولاي إدريس الأول، إقامة تنعيم، الطابق الأول الشقة رقم 1، حي المستشفيات - البيضاء

100, Bd Mly Driss ler, Résidence TANAIM, Egt. 1 Appt 1
Quartier des Hôpitaux - Casa

Tél.: 05 22 86 26 66 - GSM : 06 79 64 82 32 - E-mail : lailadaoui@hotmail.fr